Herrera (G)
Obstetricia

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

INCONVENIENTES Y PELIGROS DEL PARTO

EN

OCCIPITO-POSTERIOR

TÉSIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

GONZALO HERRERA

Alumno de las Escuelas Nacional de Medicina
y Preparatoria de México.

MÉXICO.

TALLERES DE LA TIPOGRAFÍA ARTÍSTICA

Primera de Revillagigedo Núm

18

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

INCONVENIENTES Y PELIGROS DEL PARTO

EN

OCCIPITO-POSTERIOR

TÉSIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

GONZALO HERRERA

Alumno de las Escuelas Nacional de Medicina

y Preparatoria de México.

MEXICO.

TALLERES DE LA TIPOGRAFÍA ARTÍSTICA

Primera de Revillagigedo Núm. 2.

1896.

A mis adorados Padres

AL EMINENTE CLÍNICO

EL SEÑOR

DOCTOR MANUEL CARMONA Y VALLE

Al distinguido Partero

DOCTOR

D. FERNANDO ZÁRRAGA

A mis Queridos Amigos

los Sres. Dres.

Adrián de Garay, Tomás Noriega, Angel Gaviño Iglesias y Germán Díaz Lombardo

---

A MI MAESTRO

EL SEÑOR

DR. JOSÉ MARÍA BANDERA

SEÑORES JURADOS:

Las presentaciones de vértice las podemos clasificar en dos grupos: las occipito-anteriores, que son el tipo para el parto fisiológico y las posteriores, que si es cierto que algunas ocasiones se convierten en anteriores y no dan lugar á ninguna dificultad para la expulsión del producto, en cambio, otras veces siguen siendo posteriores y ya así, á menos de condiciones excepcionales, constituyen verdaderos casos de distocia muy frecuentes entre nosotros y que todo práctico, por tanto, puede estar llamado á resolver.

Ahora bien, los parteros están divididos en dos campos: los unos que procuran convertir las occipito posteriores en anteriores; los otros que pretenden hacer siempre la extracción dejando la cabeza en occipito posterior directa.

Discutir si los primeros ó los últimos son los que tienen la razón, es el objeto de este pequeño trabajo.

Es indudable que cuando la naturaleza resuelve un parto en occipito-anterior, lo hace más pronto, más fácilmente y con menos peligros para la madre y para el hijo, que cuando lo resuelve en occipito-posterior; esto bien entendido, suponiendo

que todas las demás condiciones sean iguales. El por qué de esta diferencia, estriba en la conformación del canal materno y en la conformación del feto. En el primer caso, en una occipito-anterior, el cuello se conjuga con la sínfisis púbica y como ésta presenta una altura pequeña—0^m04 centímetros término medio—el occipital puede presentarse en la comisura anterior de la vulva, sin que haya penetrado á la excavación pélvica otra porción fetal que el ovoide cefálico.

En el segundo caso, la pared posterior del canal, que es la que está en relación con el cuello del niño, es excesivamente alta—0^m26 centímetros próximamente—y no permite que el occipital llegue á la comisura posterior de la vulva, sin que se encaje al mismo tiempo, en el recinto pélvico, el tronco del feto y esto por la sencilla razón de que el cuello del niño tiene dimensiones exiguas—0^m04, á 0^m05 centímetros–en relación con las de la pared posterior del canal; y por tanto es evidente que para que el occipital alcance la comisura posterior de la vulva, tiene que entrar al canal una porción de columna vertebral, que compense la diferencia que existe entre las dimensiones del cuello fetal y del occipital por una parte, y por otra, las de la pared posterior del canal pelvi–genital. Al entrar el tronco á la excavación, resulta un diámetro compuesto que va del dorso del niño á la región frontal y que por esta razón lleva el nombre de dorso–frontal; este diámetro mide de 0.11 á 0.11½ centímetros, dimensiones que difieren poco de las de los diámetros útiles de la pélvis al estado fresco y que hacen que el feto tenga que pasar por el ca-

nal á frotamiento duro. Esta razón por una parte, por otra la longitud del camino que el occipital tiene que recorrer, hacen que los esfuerzos que se requieren para terminar este parto, sean mucho mayores. Hay que tener en cuenta, además, que en las occípito-anteriores, la forma del feto se acomoda á la forma del canal; así, la cara y la frente del niño, porciones convexas, entran en la concavidad del sacro, en tanto que el cuello que al doblarse es cóncavo en su cara posterior, se amolda á la ligera convexidad de la cara posterior de la sínfisis púbica; circunstancias que son contrarias en las occípito-posteriores, pues la concavidad del sacro no puede quedar llenada por la línea que forman los apófisis espinosos, y la cara y frente del niño no pueden amoldarse á la forma de la pared anterior del canal.

Todo lo cual hace que no se aproveche debidamente el espacio y que las resistencias, por tanto, sean mayores, razones que hay que agregar á las anteriormente mencionadas, para que se pueda comprender el por qué de la longitud de un parto y de la brevedad del otro.

Ahora bien; á mayor longitud, mayor esfuerzo y cansancio de la mujer, mejores condiciones de receptividad para los gérmenes patógenos. A mayor longitud del trabajo, más larga serie de interrupciones de los cambios osmóticos entre la madre y el feto, y más probabilidades para éste de quedar asfixiado.

Estos son, en bosquejo, las dificultades y los peligros que encierra el parto en occípito-posterior cuando la naturaleza por sí sola resuelve el traba-

jo. Estudiemos ahora las dificultades y los peligros que tiene un parto en occípito–posterior, cuando el partero es el que se empeña en extraer por medio del forceps una cabeza en esta posición.

Desde luego debemos convenir en que por regla general, son de larga, de muy larga duración. El Dr. Zárraga nos ha referido que en una enferma de la calle de la Pulquería de Palacio, dos entendidos compañeros habían hecho en 24 horas tres aplicaciones de forceps en una cabeza colocada en occípito–posterior, que las tracciones duraron algunas horas, y que un tercer compañero bien avezado á la práctica de los partos hizo una nueva tentativa sin conseguir hacer avanzar la expulsión, que, llamado él en consulta, hizo girar la cabeza y la extrajo en menos de cinco minutos. Este hecho hace ver la enorme diferencia que existe entre la duración de una extracción en occípito–posterior y la de una en occipito–anterior.

Corren publicados muchos hechos que, como el anterior, comprueban mi aserto, y hechos inéditos de los Dres. Gutiérrez y Zárraga no dejan la menor duda acerca de este punto.

La extracción, pues, de una cabeza en occipito posterior es larga, laboriosa, y algunas veces imposible.

Se desprende claramente de lo que llevamos asentado, que el choque traumático tiene que ser mucho mayor para la mujer, en un caso que en otro, pues no es lo mismo practicar una operación y terminar el trabajo en menos de media hora, que practicar una cuya duración puede ser de muchas horas. Las consecuencias traumáticas para la mu-

jer son muy considerables en la extracción de una occipito posterior, y en el caso referido anteriormente pudo comprobarse antes de la intervención del Dr. Zárraga, que existía una desgarradura del cuello de la matriz. Pero en donde las consecuencias traumáticas son de más cuantía, es en el cuerpo perineal. En las occipito anteriores, el pirineo destendido resbala sobre las distintas porciones del cráneo y cara fetales, como escapando á las compresiones que lo pudieran desgarrar; pero en las occipto posteriores, durante toda la expulsión de la cabeza, tiene que sufrir la compresión directa del occipital y los restiramientos del paso del ovoide cefálico, sin poder escapar. Así, pues, es de regla que en las extracciones de occipito posteriores existan desgarraduras hasta de tercér grado. Y si se piensa que tales desgarraduras son la puerta abierta para una infección inmediata, son la ocasión de afecciones ginecológicas que amargan la vida de la mujer, son el motivo para que quede segregada de las relaciones sociales y aun de las conyugales, se vendrá en cuenta que tal complicación no es de desdeñarse.

La cloroformización bien sabido es que presenta sus peligros y estos serán tanto moyores cuanta más larga sea la duración de la anestesia y si hemos dejado asentado que la operación dura largo tiempo, claro es también que la anestesia se prolongará.

Las compresiones sufridas por el canal tienen que ser mucho mayores así por lo prolongado de ellas cuanto por su energía, energía comunicada por las tracciones del forceps, tanto más enérgicas

ellas mismas cuantas mayores son las resistencias, y esto debido á que esas tracciones casi nunca pueden hacerse en el eje del canal y por tanto se desdoblan en esfuerzo útil de tracción y en compresión sobre alguna de sus paredes.

Así pues, pera la mujer la extracción en occipito-posterior es largísima, produce gran choque traumático, necesita una anestesia prolongada, trae á su consecuencia la desgarradura del canal y produce compresiones cuyas consecuencias pueden ser fatales [gangrena de la vulva, fístula vesico-vaginal etc] Si á esta série de circunstancias agregamos que todas son debilitantes del organismo, que por tanto engendran condiciones de receptividad y que algunas son puerta de entrada para los gérmenes, habrá que convenir que la extracción en occipito-posterior se complica frecuentemente de infecciones.

Esto es por lo que se refiere á la madre, por lo que se refiere al niño, habremos de convenir en que sufre compresiones de tal manera notables, que algunas veces parece que los ojos van á saltarse de sus órbitas, que sufre tracciones en su cuello que alargan éste y que producen lesiones medulares incompatibles con la vida; y así se ven niños nacidos vivos; pero que no pueden sobrevivir á las lesiones ya cerebrales, ya medulares producidas, ya por la compresión, ya por la tracción. A esto agreguemos que la asfixia tiene que matar infinidad de veces al producto, porque el socorro que le prestamos es un socorro excesivamente tardío; así pues, el niño corre grandísimos peligros en la extracción hecha en occipito-posterior.

Huelga decir que la extracción en occipito-anterior es una extracción rápida, que produce poco choque, que necesita una anestesia poco prolongada, que con un poco de prudencia no causa desgarraduras perineales, que no produce compresiones perniciosas en el canal, porque estas son de corta duración, que socorre al feto pronta y eficazmente sin producirle grave daño, y puestas en parangon así la extracción en occipito-posterior y la extracción en occipito anterior, no cabe duda que ésta última es verdaderamente benéfica y que la otra por el contrario puede ser ineficaz y perniciosa.

Todas estas razones han pesado en el ánimo de mis ilustrados maestros los Dres. Zárraga y Gutiérrez, quienes se han declarado partidarios entusiastas de la transformación de las occipito-posteriores en anteriores.

Sin embargo, se hace á estos señores el argumento teórico de que muchas veces será imposible transformar una occipito-posterior en anterior; á esto me ha referido el profesor Zárraga que nunca se le han presentado dificultades, salvo en un caso llevado á la «Maternidad», en que algún otro médico había propinado una fuerte dosis de cuernecillo de centeno, práctica que acarreó la muerte del feto y la inmovilización de éste, de tal manera, que fué imposible su rotación, habiéndose necesitado una trituración de la cabeza para poder practicar la extracción del feto. Pero en los numerosos casos de su práctica profesional ha podido siempre ejecutar la rotación y los Dres. Gutiérrez, Ramírez de Arellano, Sánchez José de Jesús, Garduño Adrián, Miranda, León Martínez y Limón, pueden dar fé de

ello. Así pues, la rotación es una maniobra fácil, que no perjudica en nada á la madre, que tampoco perjudica al feto y que convierte una situación difícil en una fácil y eficaz para el propósito que se busca (desembarazamiento de la madre y salvación del producto.)

Pero se ha dicho que toda esta serie de dificultades que tenemos señaladas son debidas solamente á que se practica la extracción de la cabeza en occipito–posterior sin doblar ésta, que se ha desdoblado durante los esfuerzos del parto; que haciendo la flexión del ovoide cefálico ya directamente, ya por medio de una previa aplicación de forceps como lo indican Farabeuf y Varnier, se consigue evitar las dificultades y practicar una extración sencilla y de benéficos resultados.

El distinguido profesor Zárraga, en una brillante lección dada en la Escuela de Medicina, ha refutado este modo de ver y ha demostrado que tal aseveración se debía á un desconocimiento de los fenómenos mecánicos del parto en occipito–posterior.

Voy á tratar de exponer aquí esas ideas y hacerlas tan claras como sea posible, agregando dos figuras que pongan de relieve la verdad de estos asertos.

La figura núm. 1 nos muestra una cabeza encajada en occipito–posterior y bien doblada, de tal modo, que la circunferencia suboccipito–bregmática es la abocada en el canal. Esta cabeza ha progresado así hasta el momento en que el diámetro dorso–frontal se aboca en el estrecho superior. Como las dimensiones de ese diámetro son excesivas,



Fig Nº 1.

(11 á 11½ centímetros) para las dimensiones del canal, resulta un aumento de resistencias de tal modo considerable, que el dorso se encuentra detenido por el promontorio. La cabeza se pone entonces en el caso de la figura núm. 2; se desdobla; el bregma viene al centro del canal y el diámetro dorso–frontal se pone más ó menos de punta abocándose entonces la circunferencia occipito–frontal.

Ahora bien: se desdobló la cabeza para vencer la enorme resistencia que ponía á su progresión el diámetro dorso–frontal; la cabeza desdoblada presenta una circunferencia mayor que la cabeza en flexión, la suboccipito–frontal sustituida por la occipito–frontal.

Si doblamos la cabeza, la pondremos en el caso de la figura núm. 1, y en vez de disminuir las resistencias las habremos aumentado.

Si pues queda demostrado lo absurdo del remedio propuesto, si quedan en pie todos los argumentos en contra de la extracción en occipito–posterior, es evidente que el que se ciegue y se empeñe en hacer esta clase de extracciones, comete pecados de lesa obstetricia.

Tal es, señores Jurados, á la conclusión que he llegado después de un meditado estudio de la cuestión. Al emprenderlo, no llevaba prejuicio alguno, sino solamente la idea de pesar los inconvenientes y las ventajas que uno y otro proceder tienen, y en vista de ellos formar mi opinión.

Creo que las razones aducidas en favor de la rotación, son suficientes para convencer á cualquiera de lo ventajosa que es la maniobra y al mismo

tiempo de su sencillez; así como que los peligros y contrariedades que originan la falta de ella, no hará vacilar un sólo momento en aceptarla. Por mi parte, la aceptaré, tanto más, cuanto que he visto de cerca y después de escritas estas líneas, un caso de O. I. P. D., en que la cabeza no giró y en que por peligros del niño, intervino el inteligente profesor Zárraga, haciendo girar el ovoide cefálico y extrayéndolo en occipito-anterior, en menos de cinco minutos. El feto no sufrió en lo más mínimo, la madre tampoco, y el socorro fué tan eficaz, que el cordón, al nacer el niño, ya no latía, y éste había arrojado su meconio y tenía el tinte cianótico propio de los asfixiados, necesitando algunos auxilios para respirar debidamente.

Este hecho visto de cerca, las conversaciones con los profesores citados, y las consideraciones anteriores, forman mi convicción.

Antes de concluir, quiero hacer pública manifestación de mi gratitud á mi querido maestro y buen amigo el Sr. Dr. D. Fernando Zárraga, no sólo por las inmerecidas consideraciones que me dispensó durante mi carrera, sino también por haberme dado la idea para escribir el presente trabajo. Aceptad, pues, señor, la sincera expresión de mi profundo agradecimiento.

México, Junio de 1896.

Gonzalo Herrera.



Fig Nº 2.